

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่าง o พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1. ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง
.....สังกัด
2. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ
o ข้าพเจ้า
o บิดา ชื่อ o คู่สมรส ชื่อ
.....
o มารดา ชื่อ
o บุตร ชื่อ เกิดเมื่อวันที่
.....เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา).....
เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา).....
o ยังไม่บรรลุนิติภาวะ o เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ
o เป็นบุตรอยู่ในความปกครองของข้าพเจ้าโดยการหย่า หรือมิได้สมรสตามกฎหมาย
หรือสามีถึงแก่กรรมแล้ว
o เป็นบุตรอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดูของข้าพเจ้า เนื่องจากแยกกันอยู่
โดยมิได้หย่าขาดตามกฎหมาย
(กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรม) แทนที่บุตรลำดับที่ ชื่อ
.....
เกิดเมื่อ
ถึงแก่กรรมเมื่อ
ป่วยเป็นโรค
และได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล)
.....
ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ o ทางราชการ o เอกชน ตั้งแต่วันที่
.....
ถึงวันที่ เป็นเงินรวมทั้งสิ้น
.....บาท
(.....)
- ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน ฉบับ

3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล
ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล
o ตามสิทธิ o เฉพาะส่วนที่ยังขาดจากสิทธิ
เป็นเงิน บาท
(.....) และ
1. ข้าพเจ้า o ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ
หรือหน่วยงานของราชการ หรือราชการส่วนท้องถิ่น
หรือจากหน่วยงานอื่นที่มีใช้ส่วนราชการ
o มีสิทธิ แต่สิทธิที่ได้รับต่ำกว่า
o เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว
2. คู่สมรส o ไม่เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ
ของข้าพเจ้า o ไม่เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ ตำแหน่ง
..... สังกัด
o เป็นพนักงานในหน่วยงานของส่วนราชการ
หรือราชการส่วนท้องถิ่น

ตำแหน่ง สังกัด

o เป็นพนักงานหรือลูกจ้างในรัฐวิสาหกิจ
3. ข้าพเจ้า o ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ
หรือหน่วยงานของส่วนราชการ หรือราชการ
ส่วนท้องถิ่นหรือหน่วยงานอื่นที่มีใช้ส่วนราชการ
ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

..... ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ

วันที่ เดือน

..... พ.ศ.

4. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา
เสนอ
.....
.....
ข้าพเจ้า
.....
.....
ตำแหน่ง
.....
.....
ได้ตรวจใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรั
ักษาพยาบาลฉบับนี้แล้วขอรับรองว่าผู้เบิก
มีสิทธิเบิกได้ตามระเบียบ
ตามจำนวนที่ขอเบิก
(ลงชื่อ)
.....
.....
(.....)
.....)

5. คำอนุมัติ
อนุมัติให้เบิกได้
(ลงชื่อ)
.....
.....
(.....)
.....)
ตำแหน่ง
.....
.....

6. ใบรับเงิน
ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน
..... บาท
.....
(.....)
.....) ไปถูกต้องแล้ว
(ลงชื่อ)
..... ผู้รับเงิน
.....
(.....)
(ลงชื่อ)
..... ผู้จ่ายเงิน

(.....)

วันที่ เดือน

..... พ.ศ.

(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)

คำชี้แจง

- ถ้าเป็นข้าราชการบำนาญหรือทหารกองหนุนมีเบี้ยหวัด ให้เขียนคำว่า
ข้าราชการบำนาญ หรือทหารกองหนุนมีเบี้ยหวัด แล้วแต่กรณี
- กรณีขอรับเงินค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรซึ่งบรรลุนิติภาวะแล้ว
แต่เป็นบุตรไร้ความสามารถหรือ เสมือนไร้ความสามารถ
ได้แนบสำเนาคำสั่งศาลมาแล้ว
- ให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใด และยังคงอยู่อาศัย
เมื่อเทียบกับสิทธิที่ได้รับตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล
- ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตร แล้วแต่กรณี
- ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ